

Arzneimittelversorgung von Frauen und Männern im höheren Lebensalter

Glaeske, Gerd

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Glaeske, G. (2006). Arzneimittelversorgung von Frauen und Männern im höheren Lebensalter. *ZeS Report*, 11(1), 11-13. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-367944>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

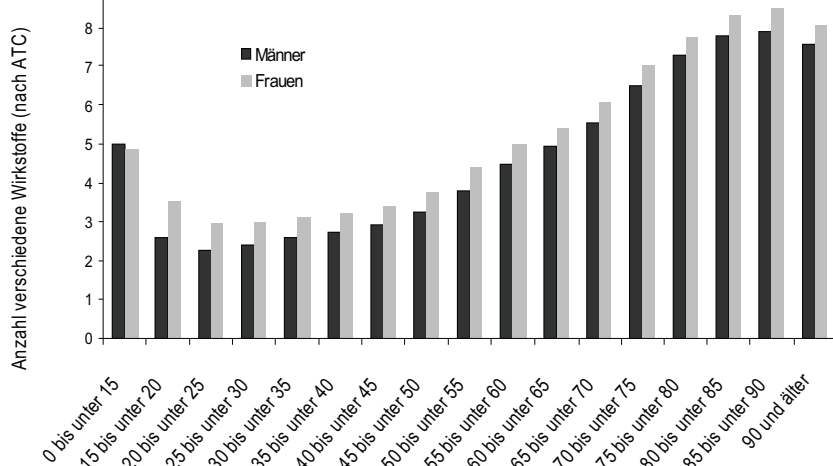
Arzneimittelversorgung von Frauen und Männern im höheren Lebensalter

Die Arzneimitteltherapie ist insbesondere eine Therapie für ältere Menschen: So wurden für die über 60jährigen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahre 2004 Arzneimittel im Umsatzwert von 54,9% des GKV-Gesamtumsatzes

Frauen haben in der Vergangenheit etwas stärker als Männer vom Zugewinn an Lebensjahren profitiert. Während die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer bei ihrer Geburt zwischen 1900 und 2001 in Deutschland von 44,8 auf 75,7 Jahre

Frauen gleichen Alters (WHO-Health Data 2004 und Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Allerdings sind die zusätzlichen Jahre oft nicht frei von Krankheit. Entsprechend hängt der Arzneimittelverbrauch von Alter und Geschlecht ab (vgl. Abb. 2).

Abb. 1: Anzahl der Arzneimittelwirkstoffe nach Alter und Geschlecht



Quelle: Eigene Untersuchung mit Daten der Gmünder ErsatzKasse (GEK) 2004.

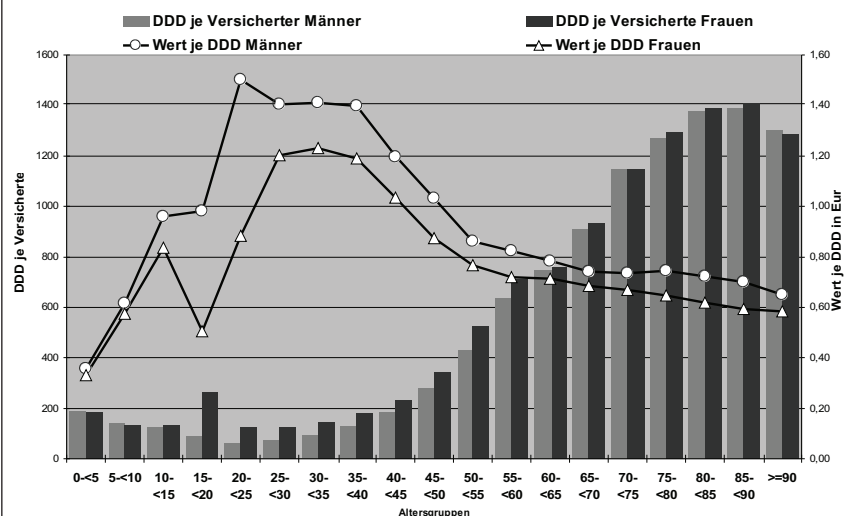
von 21,7 Mrd. Euro verordnet, obwohl auf diese Versichertengruppe lediglich ein Anteil von 26,6% aller 70,3 Mio. Menschen entfällt (vgl. Abb 1). So bekommen Versicherte im Alter von 70 bis unter 75 Jahren im Mittel 17 Arzneimittelpackungen im Wert von 697 Euro, vor allem Mittel zur Behandlung von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen (Nink/Schröder 2006). Ob all diese Mittel immer zum Nutzen der älteren Patientinnen und Patienten eingesetzt werden, darf unter Verträglichkeitsaspekten bezweifelt werden; schließlich können viele Wirkstoffe nebeneinander eingenommen auch zu oftmals schwer überschaubaren Wechselwirkungen der Wirkstoffe untereinander führen. Oftmals kann man sich daher nur wundern, wenn ältere Patientinnen und Patienten gleichzeitig sechs und mehr verschiedene Medikamente einnehmen. Dabei zeigen viele Studien, wie häufig Wechselwirkungen insbesondere bei älteren Menschen zu stationären Behandlungen führen; es wird geschätzt, dass 10 – 15% aller Einweisungen in geriatrische Abteilungen oder Krankenhäuser durch Wechselwirkungen oder unerwünschte Wirkungen bedingt sind (Grandt u. a. 2005).

zunahm, stieg sie für Frauen von 48,3 auf 81,6 Jahre. In den höheren Altersklassen überwiegt die Zahl der Frauen die der Männer. So kamen zum Beispiel im Jahr 2002 auf einen 80jährigen Mann statistisch gesehen 2,22

Die am häufigsten angewendeten Arzneimittel weisen im übrigen auf die wichtigsten Krankheitsbereiche bei älteren Menschen hin (s. Abb. 3): Dabei handelt es sich vor allem um Arzneimittel zur Behandlung von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen. An dritter Stelle folgen dann Mittel zur Behandlung von vor allem onkologischen Erkrankungen vor den Mitteln zur Behandlung von Erkrankungen des Respirationstraktes (v.a. Asthma und COPD) sowie Arzneimittel aus der Indikationsgruppe der Urologika (z.B. Prostatamittel) und der Sexualhormone (z.B. Mittel in den Wechseljahren).

Die vergleichsweise auffällige Häufigkeit und Menge der Arzneimittelverordnungen im Alter lässt auch die Frage nach der Notwendigkeit dieser Behandlungen aufkommen und damit nach der Frage zur richtigen Versorgung, aber auch zu Unter-, Über- und Fehlversorgung. Eine solche alters- und geschlechtsspezifische Wirkungsforschung ermöglicht auch Aussagen darüber, ob

Abb. 2: Arzneiverbrauch und Kosten je Tagesdosis nach Alter und Geschlecht (Daten des Jahres 2003)



DDD = Defined Daily Dose (DDD): Definierte Tagesdosis.

Quelle: GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiAO) bzw. Schwabe/ Paffrath 2004.

das Gesamtergebnis der Therapie lebenslagenangepasst im Sinne der Angemessenheit (appropriateness) bewertet werden kann. So muss z. B. die fortgesetzte Anwendung von abhängigkeitsinduzierenden Schlafmitteln oder die Verordnung von Antidepressiva mit negativen Auswirkungen auf das Herzreizleitungssystem oder

Altersstudie. Bei den 85-Jährigen und Älteren wurden – in höherem Maße bei Frauen als bei Männern – von den Hausärzten zu wenige Diagnosen gestellt. Gemäß der Projektärztdaten ergibt sich sowohl zwischen Alter und Multimorbidität als auch zwischen Geschlecht und Multimorbidität ein signifikanter Zusammenhang; letzterer

onen und einer größeren Anzahl unerwünschter Arzneimittelwirkungen als bei Männern auszugehen ist.

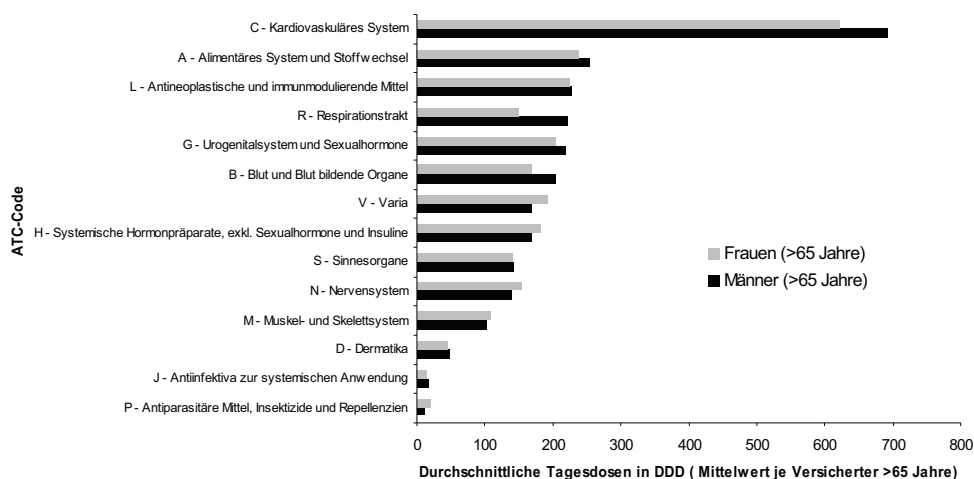
Frauen werden in fast allen Altersgruppen im Durchschnitt mehr Arzneimittel verordnet als Männern. Pro Arztbesuch werden zwar gleich häufig Arzneimittel verordnet, Frauen suchen jedoch öfter einen Arzt auf

und nehmen Vorsorgeuntersuchungen und präventive Angebote in Anspruch. Darüber hinaus betreiben Frauen in größerem Umfang Selbstmedikation zusätzlich zur Verordnungsmedikation als Männer (vgl. auch Robert-Koch-Institut 2003).¹

Männer erhalten im Durchschnitt teurere Medikamente (vgl. Abb. 2). Über alle Altersgruppen kostet die Tagesdosis eines Mannes rund 15 % mehr als die Tagesdosis für eine Frau. Der höchste Wert von 1,50 Euro pro Defined Daily Dose/ Definierte Tagesdosis (DDD) wird bei den 20-

bis 25-jährigen Männern erreicht. Frauen bewerten darüber hinaus ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt schlechter als Männer (vgl. u.a. Robert Koch-Institut 2003). Dies wird

Abb. 3: Die meist verordneten Wirkstoffe nach der ATC-Codierung für Patientinnen und Patienten über 65 Jahre



DDD = Defined Daily Dose (DDD): Definierte Tagesdosis

Quelle: Eigene Auswertungen der Daten der Gmünder ErsatzKasse GEK 2004.

auf die Blasenentleerung bei älteren Menschen kritisch betrachtet und eher vermieden werden. Das gleiche gilt auch für blutdrucksenkende Mittel, die die Konzentration und Gangsicherheit von älteren Menschen empfindlich stören und damit zu Stürzen und schlecht heilenden Brüchen führen können. Lebenslagenorientierte Wirkungsforschung wird somit zu einer Forschung, die Auskunft über den Nutzen und die Sicherheit einer Therapie im jeweiligen biographischen Abschnitt eines Menschen gibt.

So liegen aus der Berliner Altersstudie von 1996 Daten zur körperlichen Multimorbidität und zu Umfang und Zweckmäßigkeit der verabreichten Medikation vor (vgl. Tabelle 1; Kruse/Schmitt 2002), in der Aspekte von Unter-, Über- und Fehlversorgung nebeneinander stehen. Bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes der 70- bis 84-Jährigen stellten Hausärzte besonders bei Männern mehr Diagnosen als die Projektärzte der

findet sich nicht auf der Grundlage der Hausärztdaten. Im Gegensatz zu den Männern sinkt bei den Frauen mit dem Alter die Multimedikation; allerdings belegen die Ergebnisse der Berliner Altersstudie, dass bei alten Frauen von einer höheren Rate von Fehlmedikati-

Tab. 1: Multimorbidität und Polypharmakotherapie nach Alter und Geschlecht (Angaben in Prozent)

	70 - 84 Jahre		85 Jahre und älter	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
≥ 5 Hausarzt Diagnosen	28,7	24,0	25,6	27,6
≥ 5 Projektarzt Diagnosen	27,1	18,6	54,3	40,9
≥ 5 Verordnungen	39,5	34,1	35,7	42,6
„Untermedikation“ ^{a)}	10,9	9,3	17,1	17,8
„Übermedikation“ ^{b)}	12,4	15,5	15,5	20,9
„Fehlmedikation“ ^{c)}	17,8	19,4	20,9	10,9
≥ 1 Befund, der einer unerwünschten Arzneimittelwirkung entsprechen könnte	69,8	70,5	81,4	71,3

a) mindestens eine unbehandelte, prinzipiell medikamentös behandelbare Erkrankung mittleren bis schweren Grades;

b) mindestens eine ärztliche Verordnung, die unter Berücksichtigung aller Diagnosen entweder kontraindiziert oder eindeutig nicht indiziert ist;

c) mindestens ein nach Expertenkonsens für die Behandlung älterer Menschen ungeeignetes Medikament.

Quelle: Darstellung des SVR 2005 nach Kruse/Schmitt 2002.

¹ Allerdings betreiben laut Bundes-Gesundheitssurvey mehr Männer als Frauen ausschließlich Selbstmedikation.

auf eine Reihe von geschlechtstypischen Unterschieden im gesundheitsrelevanten Verhalten und hinsichtlich psychosozialer Einflussfaktoren zurückgeführt (zur Übersicht siehe Hurrelmann/Kolip 2002; Maschewsky-Schneider 1997; Maschewsky-Schneider u. a. 2003).

Seit vielen Jahren werden relativ konstant Unterschiede in der geschlechtsspezifischen Verteilung bestimmter Arzneimittelgruppen festgestellt. Nach Daten des GEK-Reports (Glaeske/Janhsen 2004) erhalten Frauen – bezogen auf verordnete Packungen – pro Kopf

- 5,4 mal mehr Migränemittel,
- 2,9 bis 3,5 mal mehr Schilddrüsenpräparate,
- 1,9 bis 2,9 mal mehr Neuroleptika und Antidepressiva und
- 1,6 mal mehr Schlafmittel als Männer.

Auf der anderen Seite werden Männern

- 1,8 mal mehr Lipidsenker,
- 1,5 bis 1,8 mal mehr Insuline oder orale Antidiabetika,
- 1,1 bis 1,5 mal mehr Beta-Rezeptorenblocker oder Calciumantagonisten und
- 1,8 mal mehr Thrombozytenaggregationshemmer

verordnet als Frauen.²

An dieser Verteilung ist auffällig, dass Frauen eher Mittel mit Wirkung auf die Psyche bekommen, Männer eher mit Wirkung auf körperliche Störungen, vor allem des Herz-Kreislaufsystems. Allein bei den Psychostimulantien, also den anregenden Psychopharmaka, und bei bestimmten Neuroleptika ist der Pro-Kopf-Verordnungsanteil von Psychopharmaka bei Männern höher als bei Frauen. Hier scheinen Rollenstereotype einen Einfluss auf die Verordnungen zu haben – Frauen werden eher mit psychisch bedingten Krankheiten und Belastungen assoziiert, Männer mit somatisch bedingten Erkrankungen.

Diese wenigen Beispiele der Einflüsse von Alter und Geschlecht auf die Arzneimittelversorgung zeigen, dass eine lebenslagenorientierte Wirkungsforschung Hinweise auf die Gründe für solche auffälligen Unterschiede geben kann. Bekannt ist schließlich, dass nicht nur pathophysiologisch begründbare Entscheidungen hinter solchen Unterschieden stehen, sondern dass Einflüsse von z.B. Alter, Geschlecht (sex und gender) und Schicht auf Diagnose („diagnostische“ oder biografisch bedingte Zuschreibungen) und Therapie unbestritten sind. Die Analyse solcher medizinischen Behandlungen können daher Hinweise darauf anbieten, ob mit den Therapien negative Auswirkungen auf die jeweilige Lebenslage verbunden sind, vielleicht auch verstetigt werden, oder ob mit der medizinischen Diagnostik und Therapie ein individueller und gesellschaftlicher Nutzen verbunden ist. Damit verbindet eine solche lebenslagenorientierte Wirkungsforschung Aspekte von Public Health und Sozialpolitik.

Literatur

Glaeske Gerd; Janhsen, Katrin, 2004: *GEK-Arzneimittel-Report 2004*. St. Augustin: Asgard.

Grandt, Daniel; Friebe, Hans; Müller-Oerlinghausen, Bruno; 2005: „Arzneimitteltherapie(un)sicherheit. Notwendige Schritte zur Verbesserung der Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie“, *Deutsches Ärzteblatt* 102: A 509 - 515.

Hurrelmann Klaus; Kolip Petra (Hg.), 2002: *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern: Hans Huber.

Kruse Andreas; Schmitt Eric, 2002: „Gesundheit und Krankheit im hohen Alter“, in: Hurrelmann/Kolip (Hg.) 2002, 206-222.

Maschewsky-Schneider, Ulrike, 1997: *Frauen sind anders krank: zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland*. Weinheim: Juventa.

Maschewsky-Schneider, Ulrike; Babisch, Birgit; Ducki, Antje., 2003: „Geschlecht und Gesundheit“, in: Klaus Hurrelmann; Ulrich. Laaser (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa.

Nink, Katrin; Schröder, Helmut 2004: „Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht“, in: Schwabe/Paffrath (Hg.) 2005.

Nink, Katrin; Schröder, Helmut, 2006: „Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht“, in: Schwabe/Paffrath (Hg.), 2006, 980–992.

Knopf Hildtraut; Melchert, Hans-Ulrich, 2003: *Bundes-Gesundheits-survey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, herausgegeben vom Robert Koch-Institut Berlin. Berlin: Eigenverlag.

Schwabe Ulrich; Paffrath Dieter (Hg.), 2005: *Arzneiverordnungs-Report 2004*. Heidelberg: Springer.

Schwabe Ulrich; Paffrath Dieter (Hg.), 2006: *Arzneiverordnungs-Report 2005*. Heidelberg: Springer.

SVR-Gutachten 2005/Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität. Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln (siehe www.svr-gesundheit.de, Ziffern 758 ff.).

Gerd Glaeske

Telefon : 0421/218-4401
gglaeske@zes.uni-bremen.de

Prof. Dr. Gerd Glaeske ist Leiter der Arbeitsgruppe „Arzneimittelversorgungsforschung“ im Zentrum für Sozialpolitik, Abteilung Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin und Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

² Die Daten der GEK-Versicherten decken sich hinsichtlich Richtung und Größenordnung tendenziell mit den Auswertungen des Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO) für alle GKV-Versicherten. Allerdings stuft der Arzneiverordnungsreport die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Verordnung von Thrombozytenaggregationshemmern und oralen Antidiabetika als „gering“ ein (vgl. Nink/Schröder 2004: 1109).